FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Emile MOIGNET

Né à Guingamp (Côtes-du-Nord), le 22 novembre 1875

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De l'Ostéite Tuberculeuse du Pubis

(ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC & TRAITEMENT)

Président : M. PIERRE DELBET, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_v3y2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De l'Ostéite Tuberculeuse du Pubis

(ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC
ET TRAITEMENT)

INTRODUCTION

L'ostéite tuberculeuse du pubis n'est pas une maladie spéciale, c'est une localisation peu fréquente de la tuberculose osseuse dont la nature est aujourd'hui bien connue. Il serait donc difficile d'en faire l'historique sans faire celui de l'affection qu'ont étudiée et décrite Percival, Pott, Delpech, Nichet, Nélaton, Villemin, Lannelongue, Koch, Ollier, Gangolphe et Mauclaire pour ne citer que quelques noms principaux.

Pour ne pas sortir du cadre modeste que je me suis tracé, je rappellerai simplement par ordre chronologique les observations d'ostéites tuberculeuses du pubis que j'ai pu trouver dans la littérature médicale. Elles sont disséminées un peu partout ; je les réunis ici, dans une nomenclature un peu sèche, mais qui en permettra facilement la lecture à ceux que cette question intéresse.

La première semble appartenir à Trécourt, elle

date de 1769 et Poisson l'a publiée dans sa thèse en 1877.

En 1832 Cooper fit subir à un malade la résection du pubis pour une nécrose de cette région.

En 1835 Ulsamer, de Berlin, en rapporte un nouveau cas. Guéneau de Mussy dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (1839) cite également une nécrose du pubis. En 1847 Mayer opère un enfant de treize ans pour la même affection, peu après Bœckel et Küster l'imitent. Le *Medical Zeitung* de Breslau en 1857 en publie une observation due à Busch. Dans son *Traité de la Suppuration et du Drainage chirurgical* en 1859, Chassaignac s'étend assez longuement sur ce sujet à propos d'un malade qu'il opère et guérit : la même année *The Lancet* cite un cas de Grant. Pozzi, dans sa thèse de 1873, relate une observation de Duplay, qui est devenue classique ; en 1877 nous avons celle de Wahl que Ridaux citera plus tard (1897).

La thèse d'agrégation de Bouilly (1880) renferme un cas de Gordon (publié antérieurement par le *Boston medical and Surgical Journal*) la même année Dührssen en cite deux autres cas.

Duret en rapporte un nouveau l'année suivante, il lui avait été communiqué par le professeur Verneuil. Zwicke dans les *Charite Annalen*, 1882, en publie une observation. J'en trouve un daté de 1883 et appartenant à Phœnomenow de Saint-Pétersbourg, il existe dans la revue d'Hayem de la même année.

A cette époque paraît la thèse de Goullioud (de Lyon), qui est le premier travail d'ensemble sur les ostéites du bassin, les six observations de nécrose du pubis qu'il cite sont de son maître Ollier. Un cas aussi de Terrillon en 1884.

Wisard en 1886, dans sa thèse de Genève sur les caries extra-articulaires des os du bassin, rapporte deux observations nouvelles.

Je citerai encore celle de Leudet dans *Études de Pathologie et de Clinique médicale*, 1891, celle de Dollinger, *Centralblætt für Chirurgie* (obs. XXIII) (1892), celle de Harajerviez, *Wiener Medical Blütter* (1891), celle de Glenn publiée dans *The Lancet*, 1893.

Les *Archives de Médecine militaire* renferment le cas de Février, de Nancy (1891), une ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne et du pubis. Rudaux, dans sa thèse de 1897, en présente également une observation inédite, puis Picqué en 1898, puis de Rouville en 1900 dans le *Montpellier médical*, celle de Moty est aussi de 1900 et se trouve consignée dans les *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*.

En 1901 Labeyrie rapporte dans sa thèse un cas de Vignard et deux de Heurtaux. Veyrune, de Montpellier, en relate un cas original dû à Estor (1902). Toujours en 1902 Hertz dans le *Deutch Zeischrift für Chirurgie*, sous le titre *Die Tuberculose der Schambein Symphyse*, traite du même sujet avec observation récente : enfin Ménard (de Berck), au Congrès de Chirurgie de 1902, présente sur l'affec-

tion qui nous occupe un remarquable mémoire et cite cinq cas nouveaux d'ostéite tuberculeuse du pubis chez l'enfant.

L'année qui suit voit la thèse de Robert (Bordeaux) qui apporte deux autres documents ; le professeur Forgue en fournit également un (1903).

En 1906 je trouve l'ouvrage de Dhéry qui continue et complète le mémoire de son maître Ménard, avec quatre observations nouvelles.

On a publié dans le numéro du 15 août 1908 du *Journal des Praticiens*, un cas de tuberculose du pubis, observé dans le service du professeur Kirmisson à l'hôpital des Enfants-Malades, cette observation est rapportée sous la forme de leçon clinique que le maître lui a donnée.

J'ignorais, bien entendu, cette importante bibliographie quand j'ai pensé à faire ma thèse sur le seul cas d'ostéite du pubis qui m'ait été donné de voir, et cependant cette découverte ne m'a pas découragé. Je publie ici deux observations inédites suivies de quelques autres anciennes, leur étude offre encore quelques points intéressants à développer.

C'est M. le professeur Delbet qui m'a fourni la substance de cette thèse, de plus il a bien voulu présider le jury chargé de l'examiner, je lui exprime respectueusement mes sentiments de gratitude.

OBSERVATION I (Inédite)

(Prise dans le service du professeur Delbet à l'hôpital Necker, et rédigée par le Dr P. Hallopeau, chef de clinique chirurgicale de la Faculté.)

L..., âgé de cinquante-quatre ans, terrassier, entre le 27 juillet 1910 salle Malgaigne, parce que depuis quelque temps il éprouve des douleurs au niveau de la région inguinale droite.

Les antécédents pathologiques du malade sont les suivants : il y a environ vingt ans, il a eu une blennorragie et des chancres mous ; il y a dix ans s'est formée à l'anus une fistule pour laquelle trois opérations furent nécessaires. En 1904 il fut soigné homœopathiquement, dit-il, pour une gastrite.

C'est au mois de mars dernier qu'apparurent les premières douleurs dues à l'affection dont il souffre. C'était d'abord de la gêne dans l'exécution de certains mouvements du tronc, puis de véritables douleurs qui se localisèrent à la région inguinale droite et à la racine de la cuisse du même côté.

Le malade a enfin dû renoncer à travailler et s'est présenté à l'hôpital.

L'examen montre qu'il s'agit d'un homme d'assez grande taille, plutôt maigre, moyennement musclé. L'attention est aussitôt attirée vers une petite tuméfaction de la région correspondant à l'orifice inguinal superficiel, simulant à la simple inspection un bubonocèle, car les téguments ne paraissent nullement modifiés et la tuméfaction est nettement limitée.

La palpation permet de reconnaître les signes suivants. tout d'abord la petite tuméfaction remplit l'orifice inguinal et

empêche le doigt d'y pénétrer; elle est absolument irréductible, mate à la percussion, un peu sensible à la pression. La recherche de la fluctuation entre deux doigts est assez difficile, et l'on a surtout l'impression d'une tumeur rénitente, assez tendue; en dedans elle semble remonter un peu au-dessus de l'anneau inguinal, en dehors on ne trouve pas dans le trajet inguinal palpé à travers l'aponévrose le moindre prolongement.

Le diagnostic entre un abcès froid et un kyste sacculaire pourrait néanmoins être ici assez difficile, si le malade n'accusait pas, en outre, une douleur à la partie supérieure de la cuisse, douleur exagérée par les mouvements, mais apparaissant aussi spontanément, la nuit comme le jour.

A la simple inspection il n'y a pas de tuméfaction apparente, pourtant en faisant écarter les cuisses au malade, la région des adducteurs semble un peu plus arrondie du côté droit. La palpation surtout permet de reconnaître dans l'épaisseur du muscle, l'existence d'une poche fluctuante qui ne paraît pas très volumineuse, mais est néanmoins nettement appréciable.

En présence de cette double collection, dont la nature purulente devient très probable, une légion osseuse originelle est recherchée.

La pression de la région osseuse immédiatement voisine, c'est-à-dire du pubis droit, provoque une douleur assez vive, bien limitée, car l'autre pubis est indolore, la branche ischio-pubienne droite l'est également.

L'examen du reste du squelette pelvien, de l'articulation de la hanche et du fémur, enfin le toucher rectal ne donnent que des renseignements négatifs. Pas de lésions des organes géni-

taux. Les poumons paraissent au contraire légèrement atteints au niveau du sommet.

Une intervention est décidée et pratiquée le 4 août par le Dr Hallopeau, sous chloroforme. Incision verticale, longue de 15 centimètres environ partant un peu au-dessus de l'orifice inguinal superficiel, croisant à angle aigu le cordon et descendant sur la cuisse au-devant des adducteurs.

Le cordon est isolé, le testicule attiré hors des bourses est relevé en haut et en dehors de l'incision. L'abcès supérieur, situé sous l'aponévrose du grand oblique (pilier interne) est ouvert et curetté, son volume est égal à celui d'une grosse noix, il ne présente pas de diverticule. Puis, au travers du moyen adducteur, l'abcès inférieur est ouvert à son tour et curetté également, son volume est environ celui d'une mandarine. Pour arriver sur la lésion osseuse, les insertions fibreuses du moyen adducteur et du droit antérieur de l'abdomen sont ruginées et détachées de la surface pubienne, et le plan fibreux commun qu'elles constituent est écarté à gauche de la ligne médiane. Le pubis devenu très accessible peut alors être évidé ; les lésions occupent en effet toute la zone angulaire, s'étendant jusqu'à la symphyse ; il reste néanmoins une coque supérieure et inférieure qui paraît saine et est respectée, toute l'épaisseur est prise au contraire et la curette arrive jusqu'à l'espace rétro-pubien ; le cartilage symphysaire présente un aspect normal. La cavité osseuse ainsi formée, presque annulaire, admet facilement le bout de l'index.

Les poches évacuées ainsi que l'os sont touchés au chlorure de zinc et à la teinture d'iode. Puis dans les trois cavités on laisse une certaine quantité de pâte de Beck. Le testicule est

alors replacé dans les bourses et y est maintenu en rétrécissant par deux points de catgut le passage du cordon, suivant le procédé de Delbet. Enfin la peau est complètement suturée au fil d'argent. Du pus a été recueilli pour une inoculation qui a donné ultérieurement un résultat positif au point de vue tuberculeux.

Le lendemain ni les jours suivants, il n'y a d'élévation de température ; puis le quatrième jour commencent des accidents d'intoxication bismuthée grave, stomatite, douleurs abdominales, diarrhée. La plaie dont l'aspect était excellent est rouverte et la pâte évacuée aussi complètement que possible. Malgré cela, les accidents continuent à évoluer ; la stomatite devient ulcéreuse, le malade présente une langue noire, très peu mobile, et ne mange qu'avec de grandes difficultés, une diarrhée fétide s'installe.

Les lavages de la bouche et le gargarisme au chlorate de potasse arrivent à triompher de la stomatite, mais la diarrhée persiste, accompagnée de vives douleurs presque continues. Les injections de sérum, des lavages d'intestin, du naphtol à l'intérieur ne donnent pas de résultats malgré la répétition de leur emploi.

La plaie, due à la réouverture de l'incision, n'a pas mauvais aspect ; elle ne suppure pas, mais présente peu de tendance à la cicatrisation ; l'enduit grisâtre qui s'était formé au début s'est détaché et il reste une surface livide peu bourgeonnante.

Le 1er septembre survient une hémorragie intestinale suivie de plusieurs autres, la diarrhée persiste, du muguet apparaît, et le malade, s'affaiblissant progressivement, finit par succomber le 18 septembre.

Autopsie. — Outre les traces de l'intervention, c'est-à-dire

la cavité osseuse non-comblée encore et la plaie non-cicatrisée, on trouve les lésions suivantes : adhérences pleurales généralisées, œdème pulmonaire avec noyaux caséifiés aux deux sommets ; cœur gros et un peu dilaté ; granulations tuberculeuses sur tout le péritoine pelvien. nombreuses ulcérations sur toute la muqueuse de l'intestin grêle dont une anse adhère à la paroi à droite au-dessus du pubis, dans l'arrière-cavité des épiploons, bouillie brunâtre, mais pas de perforation visible ; le foie présente un aspect normal, sauf le lobe gauche qui est très petit, les reins et les capsules surrénales sont normaux. Une anse intestinale est recueillie pour être examinée histologiquement.

OBSERVATION II (Inédite)

(Recueillie dans le service du Dr Récamier à l'Hôpital Saint-Michel.)

Mme T..., trente et un ans, entre à l'hôpital Saint-Michel le 19 juin 1900.

Aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel. C'est une grande femme, svelte mais vigoureuse, qui habite la campagne. Depuis le mois de mars de la même année, elle s'est aperçue qu'elle a une grosseur dans la région inguinale gauche ; elle n'a éprouvé à aucun moment ni douleur, ni gêne dans la marche. Cette grosseur a progressivement augmenté de volume depuis cette époque et elle atteint celui d'un œuf de poule, c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

Une inspection soigneuse de son pelvis et de sa colonne vertébrale ne fait découvrir aucune région douloureuse à la pres-

sion ; la tumeur située dans la masse des adducteurs est nettement fluctuante.

30 juin. — Sous chloroforme, elle est incisée et laisse écouler du pus qui a l'aspect de celui d'un abcès froid. La poche est curettée, badigeonnée au chlorure de zinc, son exploration ne fait découvrir aucun trajet. Drainage. Les suites opératoires sont sans intérêt, la malade sort de l'hôpital le 22 juillet avec une petite fistule qui suinte de façon intermittente.

Elle passe tout l'été chez elle, n'est pas troublée dans ses occupations par le petit écoulement séro-purulent de sa fistule, mais elle revient à l'hôpital le 24 octobre de la même année, parce que depuis quelques jours elle éprouve des douleurs sourdes dans la région pubienne à gauche.

30 octobre 1900. — Après une désinfection minutieuse de la région supérieure de la cuisse et du pubis, on incise l'ancienne cicatrice et on trouve un trajet très étroit qui mène sur une surface osseuse dénudée, sise dans la région pubienne gauche : l'incision prolongée au-dessus de celle-ci, les insertions musculaires qui se font sur elle sont ruginées et l'on tombe sur une surface étendue nécrosée de l'os. Trois séquestres, deux gros et un petit, couverts de végétations sont enlevés et comme la nécrose intéresse toute l'épaisseur de la branche pubienne, celle-ci est réséquée. Désinfection soigneuse au chlorure de zinc. Drainage. Les suites opératoires, apyrétiques, furent des plus simples et, le 20 janvier 1901, la malade quittait l'hôpital définitivement guérie. Elle a été revue depuis, elle ne présente aucune gêne de la marche et son état général est excellent.

OBSERVATION III (Résumée)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Demons à l'hôpital Tastet-Girard, *in* thèse Robert, Bordeaux, 1903.)

Julie B..., quarante-cinq ans, entre à l'hôpital le 17 avril 1902 pour se faire opérer de deux fistules.

Antécédents héréditaires et personnels. — Sans intérêt.

Il y a six mois, en novembre 1901, la malade ressent une douleur vive dans l'aine gauche avec irradiation dans la région lombaire. Cette douleur profonde, persistante, devient tellement aiguë que la malade ne peut plus travailler et s'alite. A quelque temps de là, elle s'aperçoit de la présence d'une grosseur au niveau de la grande lèvre gauche, dans le pli génito-crural. La peau devient rouge, sensible et s'ulcère, une fistule s'établit et laisse couler du pus fétide.

La douleur cesse dans l'aine, mais se localise aux reins, le moindre mouvement devient impossible. Quelques semaines après, une seconde fistule se forme en un point symétrique de celui de la première. Malgré cela l'état général s'est maintenu bon.

Examinée par le professeur Demons, la malade présente deux trajets fistuleux situés l'un et l'autre à la partie inférieure et externe des grandes lèvres. Il s'en écoule un pus abondant. La palpation du pubis est douloureuse, le cathétérisme des trajets est rendu impossible par l'extrême sensibilité de la malade.

Le 30 avril 1902, une intervention chirurgicale est pratiquée sous chloroforme. Une sonde cannelée introduite dans les fistules vient heurter la face antérieure du pubis. Incision des

deux fistules au bistouri et découverte de la symphyse qui renferme un séquestre, curettage, application de chlorure de zinc et suture.

Après des suites opératoires un peu compliquées la malade sort de l'hôpital le 30 juin 1902 avec une fistule. Son état général est resté bon.

OBSERVATION IV

(*In* thèse Goullioud, Lyon, 1883).

Pierre A..., âgé de trente-neuf ans, cultivateur, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 13 janvier 1868.

Ce malade avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ans il éprouva des phénomènes morbides du côté des organes urinaires sans pouvoir les rattacher à des excès de boisson ou à des excès vénériens. Les urines étaient chargées, foncées, les mictions fréquentes ; en outre, dès que l'envie d'uriner se faisait sentir, le malade devait se tenir le canal de l'urètre serré entre les doigts, sous peine de laisser l'urine souiller ses vêtements. Ces phénomènes cessèrent au bout d'un mois environ.

Trois mois après, une tumeur apparut à l'extrémité interne du pli de l'aine gauche dans le sillon inguino-scrotal, ce n'est que six mois après son apparition que le malade entre à l'hôpital.

La tumeur est ouverte au bistouri et drainée ; il s'écoule un liquide séro-purulent d'odeur fétide. La suppuration fut abondante les semaines suivantes. Au bout de trois mois le malade sort de l'hôpital avec une fistule. Il y rentre le 13 janvier 1868.

La fistule du sillon inguino-scrotal persiste, un stylet introduit fait constater, à 4 centimètres de profondeur, sur la branche horizontale du pubis, un séquestre complètement mobile. Le 13 janvier, opération. M. Ollier extrait le séquestre, rugine sa cavité. Pansements à l'eau de Pagliari. Suites opératoires simples. Le malade sort de l'hôpital, sans présenter de troubles urinaires.

OBSERVATION V

(Vignard, de Nantes, *in* thèse Labeyrie.)

Tumeur de la région hypogastrique due à une ostéite tuberculeuse du pubis gauche. — Prolongement le long du muscle pectiné.

Femme P..., trente ans. Habite Nantes dans un appartement malsain. Si ses antécédents héréditaires sont nuls, ses antécédents personnels sont chargés. De petite taille et de complexion délicate, elle a toujours eu une existense maladive. A trois ans un abcès froid, à dix-huit ans une fièvre typhoïde, à vingt-six ans la variole. Actuellement la malade tousse et a souvent de la diarrhée. Le mari est atteint de tuberculose pulmonaire.

Depuis quatre ans, elle porte dans la région hypogastrique une tumeur d'abord grosse comme une noix et complètement indolore. Cette tumeur est devenue grosse comme un œuf sans causer aucun trouble à la malade. Elle est cependant décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu de Nantes, au mois de février 1896, où elle est admise dans le service de M. le professeur Vignard,

qui constate une tumeur sus-pubienne, indolore sans points osseux douloureux sur le squelette. Deux interventions successives font trouver une poche médiane, sous-aponévrotique contenant du pus tuberculeux, un trajet fistuleux conduisant sur le pubis gauche dénudé et entouré de fongosités, enfin un prolongement pectinéal. Une troisième et dernière intervention, se réduisant à un simple grattage, guérit la malade qui quitte l'hôpital dans un état de santé générale satisfaisant.

OBSERVATION VI

(Février, de Nancy. — *In Archives de Médecine militaire*, 1895.)

Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne et du pubis

Le 11 avril 1894, le nommé M..., vingt-trois ans, soldat au 149e de ligne, est évacué sur l'hôpital de Nancy où il entre dans notre service.

Antécédents personnels et familiers. — Bons, il était robuste avant son incorporation. Aucun stigmate de scrofule pendant l'enfance.

C'est en septembre 1893, qu'il commença à ressentir une douleur d'abord peu intense dans le pli génito-crural droit, douleur que la fatigue exaspérait. Quatre ou cinq jours après il s'aperçut de la présence, dans la région indiquée, d'une grosseur d'une noisette qui finit par atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon. Pendant quelques jours cette tumeur fut traitée par des badigeonnages, puis finalement incisée. Au bout de quelque

temps, le pus qui sortait de la plaie, rendue fistuleuse, devint fétide, et, l'écoulement persistant, il fut admis à l'hôpital.

Son état général est médiocre, l'examen du trajet fistuleux au stylet permet de sentir une surface osseuse dénudée dans le pli génito-crural, dont les ganglions sont hypertrophiés. Rien aux organes génitaux, le sommet du poumon gauche est suspect.

Une première intervention, qui a pour but de nettoyer le trajet fistuleux, même sur une perte de substance de la grosseur d'une noisette entourée et comblée de fongosités et qui siège sur la branche ischio-pubienne gauche. Une amélioration marquée suit l'intervention. Deux mois après une deuxième opération est rendue nécessaire par le mauvais état du malade qui souffre et a de la fièvre. L'intervention fait reconnaître un phlegmon de la cavité prévésicale, consécutif à une ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne et du corps du pubis du côté droit, ayant surtout envahi sa face postérieure. Le pubis fut réséqué. La guérison opératoire se fit six mois après, mais le malade partit avec des lésions pulmonaires caractérisées par de l'expiration prolongée aux deux sommets.

OBSERVATION VII

(Ménard, de Berck. — Congrès de Chirurgie, 1902.)

Tuberculose du pubis et de la branche ischio-pubienne du côté droit

Lucie D..., dix ans et demi, entre à l'hôpital maritime en septembre 1900. Elle porte au niveau de la pointe du triangle

de Scarpa, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux, une fistule qui suppure abondamment. Un abcès, imparfaitement drainé par cette ouverture, occupe toute la partie interne de la racine de la cuisse droite.

La hanche ne peut être mise en cause comme origine de l'abcès, ses mouvements, sauf l'abduction, sont normaux. La colonne lombaire est saine ; la portion supérieure du fémur ne semble pas altérée ; on pense à une lésion osseuse possible du pubis ou de la branche ischio-pubienne.

Le 30 novembre 1900 on incise la fistule et l'abcès ; on curette le vaste abcès sous-cutané. A la partie supérieure on trouve un trajet étroit cheminant dans le pectiné et le moyen adducteur. Ce trajet remonte au pubis dans lequel une sonde cannelée pénètre.

La plus grande partie de la branche ischio-pubienne est détruite. Pour découvrir le foyer il faut détruire l'insertion des adducteurs. Curettage, pas de séquestre. La malade guérit en août 1901.

ÉTIOLOGIE

Ménard (de Berck), qui soigne depuis de nombreuses années des milliers d'enfants atteints de tuberculose osseuse, ne cite dans son mémoire de 1902 que cinq cas observés d'ostéite tuberculeuse du pubis. Son élève Dhéry, plus heureux, en trouve quatre en quatre années.

Ollier lui-même, qui a consacré une partie de son existence à l'étude des affections osseuses, ne cite qu'un nombre infime de cas de tuberculose du pubis.

Je n'en ai trouvé qu'un exemple dans la collection complète des *Annales de Médecine et de Chirurgie militaires et navales*. Barié dans son enquête sur la tuberculose sénile publiée dans la *Revue de Médecine*, 1895-1896, dit : « La tuberculose osseuse est rare chez le vieillard. Que dire alors de sa localisation pubienne puisque celle-ci figure parmi les plus exceptionnelles. Voici un tableau de la fréquence des ostéites tuberculeuses suivant le siège, d'après A. Nélaton :

1° Vertèbres ;

2° Tibia, fémur, humérus ;

3° Phalanges, métacarpiens, métatarsiens ;

4° Sternum, côtes, os iliaque ;

5° Os courts du tarse et du carpe ;

6° Rocher.

Le tableau qui suit est de Wisard, je l'ai trouvé dans sa thèse de Genève, 1886, sur les caries extra-articulaires des os ou du bassin, il a trait à 86 de ces cas et complète fort à propos celui qui précède :

L'iléon	était malade....	30	fois
Le sacrum	—	28	—
Le coccyx	—	9	—
L'ischion	—	9	—
Le pubis	—	5	—
Le pubis et l'ischion	—	1	—
Le coccyx et le sacrum	—	2	—
Le bassin en général	—	5	—

Moret dans sa thèse de Paris en 1900 relevant 178 cas de tuberculose osseuse et articulaire sur 3.925 vieillards hospitalisés, ne cite pas un seul cas d'ostéite tuberculeuse du pubis.

C'est donc une affection rare et je crois qu'il ne saurait y avoir de doute à ce sujet.

Les causes de cette localisation tuberculeuse sont celles de la tuberculose osseuse en général : la contagion, les mauvaises conditions d'hygiène, la misère physiologique, les affections qui affaiblissent l'organisme et rendent plus aisée l'invasion des microbes ; je ne parlerai, que pour mémoire, de l'hérédité qui y confère peut-être une certaine apti-

tude, quant au traumatisme, son influence secondaire est bien difficile à établir.

Le sexe ne me semble pas avoir d'importance, quoique le nombre des hommes atteints soit supérieur à celui des femmes.

La première enfance ignore l'ostéite tuberculeuse du pubis, on ne s'en étonnera pas quand on saura que le tissu osseux de cette région, d'évolution assez tardive, n'existe pas chez le nouveau-né.

En dehors de cette période de la vie, elle paraît être aussi fréquente à tous les âges ; j'ai choisi un peu à dessein les observations qui précèdent, pour montrer qu'ils lui sont tous tributaires.

J'aurais voulu qu'une d'elles se rapportât au vieillard, je n'en ai malheureusement pas trouvé, bien qu'il en existe. Gangolphe, dans son *Traité des Maladies infectieuses et parasitaires des os* (1894), a écrit: « La vieillesse ne met pas à l'abri de la localisation pelvienne du bacille tuberculeux, nous avons plusieurs fois observé l'infiltration puriforme, la nécrose du pubis chez des sujets âgés de plus de soixante-dix ans. »

En dehors de cette lacune, voici à quels âges ont trait les sept observations qui précèdent : cinquante-quatre ans pour le premier malade ; la deuxième a trente et un ans ; la troisième a quarante-cinq ans ; celui qui suit trente-neuf ans ; le cinquième a trente ans ; le sixième, vingt-trois ans ; la petite malade de Ménard, dix ans et demi.

L'ostéite du pubis est donc une affection de tous

les âges, j'ajouterai que l'étude attentive de documents publiés sur cette question démontre que sa fréquence ou plus exactement sa rareté est à peu près la même à toutes les époques de la vie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ostéite tuberculeuse est possible, mais extrêmement difficile avant le développement des abcès froids. En effet les débuts de l'affection sont insidieux, sauf quelquefois chez l'enfant ; les signes en sont obscurs pendant fort longtemps, le malade se plaint de douleurs vagues, quelquefois à forme névralgiques, irradiées au pli de l'aine, à la symphyse pubienne, à la fesse, à la région juxta-anale, presque jamais au genou ; ces douleurs se fixent plus tard au niveau du point nécrosé ou carié, s'exagèrent par la fatigue et se calment au repos. La claudication est quelquefois au début un excellent signe : si on examine le malade couché on trouve aussi souvent à ce moment un des membres inférieurs en adduction, et les mouvements d'abduction de la cuisse sont fréquemment limités. La palpation de la région suspecte ne détermine pas toujours de la douleur, celle-ci est au contraire quelquefois vive.

Enfin il faut savoir que beaucoup d'ostéites tuberculeuses du pubis évoluent sans douleur spontanée ni provoquée, sans troubles de la marche, de la station debout et couchée, l'attention du malade et du médecin n'est dans ce cas attirée que par l'appari-

tion de l'abcès. Cliniquement le *premier symptôme* est le plus souvent l'*abcès froid*. Celui-ci évoluant parfois sans douleur, sa fistulisation est fréquemment accomplie avant que le malade se décide à se faire soigner.

Cet abcès froid affecte les sièges les plus divers et n'est pas toujours unique, presque toujours il est éloigné du point malade. On peut cependant diviser les poches purulentes issues d'une lésion tuberculeuse du pubis en deux catégories :

1° *Les abcès intra-pelviens.* — Ils peuvent se faire jour : dans la vessie, dans le rectum, dans la région anale, dans la région fessière enfin, ce dernier s'accompagne quelquefois d'un abcès de la région inguinale ;

2° *Les abcès extra-pelviens.* — On les rencontre dans la région hypogastrique, dans la gaine du pectiné, dans le triangle de Scarpa, le long du moyen adducteur, surtout dans le pli génito-crural.

Cette division simple, didactique, correspond merveilleusement à la topographie de la lésion osseuse, source de l'abcès, car l'expérience a démontré que les abcès issus de la face postérieure du pubis sont intra-pelviens, et que ceux de la face antérieure évoluent hors du bassin. Les abcès multiples ressortissent en général à une lésion étendue de l'os ou de la symphyse intéressant à la fois ses deux versants.

Le diagnostic de l'abcès n'est pas lui-même toujours très aisé, et selon le siège qu'il occupe on a commis des erreurs multiples.

En effet celui de la région inguinale souvent difficile à palper à cause de sa petite taille et de la mobilité du plan sous-jacent a pu être pris pour une bubonocèle avec kyste sacculaire, pour une épiplocèle adhérente, pour une simple hernie inguinale comme dans le cas de Kirmisson. Je crois cependant qu'avec un peu d'attention on ne se trompera pas. La hernie est réductible, au moins pendant longtemps, l'épiplocèle n'est pas adhérente d'emblée, et la rénitence n'est pas de la fluctuation. Une erreur plus grossière serait de prendre un abcès froid du triangle du Scarpa pour un anévrisme qui se caractérise pourtant assez par son expansion, ses bruits et souvent son frémissement ; une tumeur variqueuse a un aspect vermiculaire, une consistance spéciale ; un sarcome parti de la gaine des vaisseaux fémoraux s'impose au diagnostic par son évolution rapide et sa taille. Le kyste hydatique de cette région peut présenter du frémissement en même temps que de la fluctuation, mais sa forme est différente. En tout cas, une ponction à la seringue de Pravaz sera un excellent moyen de contrôle. Je rappellerai l'apparence lobuléequi caractérise le lipome, et la présence d'autres ganglions tuméfiés qui fera penser à un simple abcès ganglionnaire, d'ailleurs mobile et indépendant de l'os.

Au voisinage de la grande lèvre, l'abcès a pu être pris pour un kyste de la glande de Bartholin ou du canal de Nuck, éventualité rare toutefois.

Dans la région anale rien ne le distingue spécia-

lement d'un abcès froid idiopathique de cet endroit, si ce n'est une plus grande distance, 4 centimètres au moins de l'orifice anal.

Dans tous ces cas, la sensibilité du bassin devra être soigneusement étudiée, car si l'ostéite tuberculeuse du pubis n'est pas toujours sensible à la pression, elle l'est fréquemment, et c'est alors un excellent moyen de diagnostic.

Il est deux autres affections de même nature qui causent fréquemment des abcès dans ces mêmes régions : le mal de Pott et la coxalgie. Pour faire un diagnostic exact, il faudra donc examiner avec minutie le rachis, dans sa forme, ses mouvements et sa sensibilité ; les troubles trophiques, l'adénite concomitante, les douleurs irradiées au genou, voilà avec les troubles de la motilité la signature d'une affection coxo-fémorale.

La tuberculose de l'ischion peut, elle aussi, donner lieu à une méprise, on se rappellera qu'elle ne modifie pas les mouvements d'abduction de la cuisse et que ses abcès s'ouvrent au niveau du bord inférieur du grand fessier.

J'ai dit plus haut que la migration d'abcès ossifluents pubiens se faisait quelquefois à ce niveau, la chose est rare, mais en ce cas on trouve en même temps une poche purulente dans le pli génito-crural.

Tous ces abcès peuvent s'ulcérer, se vider de leur contenu et se fistuliser. L'exploration des trajets fistuleux rendra des services appréciables au diagnostic ; celle-ci se fera au moyen d'un stylet,

avec le plus grand souci de l'asepsie, la plus grande douceur, mais aussi la plus minutieuse insistance. Ces fistules sont presque toujours étroites, tortueuses et d'investigation difficile, des raisons d'ordre anatomique que je développerai plus loin expliquent que la lésion osseuse de la face antérieure du pubis ne se laisse pas toujours atteindre par le stylet, on comprend aisément que pour des raisons du même ordre celle de la face postérieure soit peu ou pas abordable.

L'abcès et la sensibilité osseuse doivent donc en général permettre de faire le diagnostic.

Dhéry a très heureusement fait remarquer que celui-ci pouvait trouver un auxiliaire précieux dans la radiographie, qui a quelquefois permis de dépister l'ostéite tuberculeuse presque à son début, lorsque l'exploration de la sensibilité osseuse ne donnait aucun signe. Elle permettra aussi de localiser la lésion osseuse dans les vieilles ostéites fistulaires qui ne laissent pas passer le stylet, si l'on a soin d'injecter au préalable dans le trajet une bouillie bismuthée par exemple.

PRONOSTIC

Est-ce une affection grave ?

Lannelongue établissait, au point de vue clinique, l'échelle suivante de gravité pour les tuberculoses osseuses : 1° tuberculose non-suppurée et non-ouverte ; 2° tuberculose suppurée non-ouverte ; 3° tuberculose suppurée et fistuleuse ; il estimait également qu'elle était moins grave chez l'enfant que chez l'adulte et plus grave chez le vieillard que chez celui-ci.

Ces propositions appliquées aux cas peu nombreux d'ostéites tuberculeuses du pubis risqueraient quelques démentis et quelle que soit leur exactitude en général, il faut pour résoudre la question serrer d'assez près les observations qui s'y rapportent et faire intervenir comme facteur très appréciables, le siège, l'étendue de la lésion, l'état général du malade enfin.

L'expérience montre que les abcès issus de la face antérieure du pubis, à pédicule court, faciles à extirper en un mot, ont un pronostic plus bénin que ceux qui, naissant de la face postérieure de l'os, fusent profondément du côté de la vessie et du rectum. Les fistules sont dans le même cas.

Il est assez curieux de constater que les complica-

tions vésicales ne sont pas en général très graves, et qu'elles guérissent presque toujours lorsqu'on dirige contre elles un traitement approprié.

Il faut établir la même différence de pronostic que précédemment entre une ostéite localisée sur la branche ischio-pubienne, épiphysaire ou juxta-épiphysaire, avec petits séquestres et une nécrose complète du pubis qui nécessitera une résection étendue de la symphyse.

Les complications articulaires sont graves à cause de la longueur du traitement d'abord, puis à cause des troubles fonctionnels qu'elles laissent presque toujours.

On portera enfin le pronostic le plus sombre sur les suppurations intarissables avec fistules multiples issues d'une nécrose étendue et mal limitée de l'os, elles déterminent des atrophies musculaires et des œdèmes, sans parler de la fièvre, de l'épuisement du malade, de la dégénérescence amyloïde ou graisseuse de son foie et de ses reins.

La lecture des diverses observations d'ostéite tuberculeuse du pubis nous édifie en revanche sur la bénignité relative des lésions osseuses et sur leur prompte guérison chez les sujets dont l'état général est bon, qui sont par conséquent dans d'excellentes conditions opératoires, et il est bien entendu que la guérison ne s'obtient qu'au prix d'une intervention chirurgicale qui s'adresse au séquestre, car tant que celui-ci n'aura pas été enlevé, la suppuration persistera, c'est un gros ennui et c'est un danger, l'expul-

sion spontanée des séquestres est un événement rare.

Si le bon état général du sujet est d'heureuse augure pour la prompte guérison chirurgicale, les lésions viscérales ne sont pas toujours une contre-indication opératoire ; souvent le chirurgien le fait rétrocéder.

Chez l'enfant, les associations tuberculeuses sont assez rares, chez l'adulte et le vieillard elles sont plus fréquentes, en tout cas elles rendent le pronostic plus sévère.

Il me reste un mot à dire des malades chez lesquels la résection du pubis a été nécessaire. A vrai dire cette intervention n'est pas souvent suivie de troubles sérieux de la marche et de la station debout, quelquefois au contraire on observe comme après la symphyséotomie du déhanchement du prolapsus utérin, et des troubles urinaires ; je dois dire que je n'ai pas trouvé d'observation relatant une impotence réelle.

TRAITEMENT

Samuel Cooper écrivait en 1826 : « Les caries occasionnées par une diathèse scrofuleuse sont très difficiles, le vice scrofuleux étant presque hors de portée de la médecine. » Quarante ans plus tard voici ce que disait Nélaton : « L'affection tuberculeuse des os, connue dans presque tous les temps par quelques médecins et en même temps ignorée par le plus grand nombre, est une de ces maladies dont on chercherait vainement la description et le traitement dans les traités dogmatiques de chirurgie. »

Cependant quelques hommes hardis : Boucher en 1779, Cooper lui-même en 1832, Mayer, Chassaignac, Bœckel et Küster s'attaquèrent à des nécroses pubiennes et purent se flatter d'avoir obtenu de bons résultats. Ils employèrent la trépanation, la résection et le drainage.

Malgré cela, longtemps la thérapeutique chirurgicale des ostéites tuberculeuses du pubis est restée limitée à l'ouverture des abcès et cette intervention était considérée comme des plus graves. L'ouverture spontanée était en général regardée comme moins dangereuse que l'ouverture au bistouri, probablement parce que dans le premier cas le pus s'écoulait

plus lentement, quelquefois par un trajet détourné, et laissait à la poche purulente le temps de revenir sur elle-même. Les chirurgiens imitaient la nature par des ponctions très étroites, obliques ; dans les deux cas cependant la terminaison était en général la même, le pronostic très souvent fatal. Peu après l'ouverture de l'abcès des symptômes de septicémie chronique se manifestaient ; c'étaient un écoulement fétide, de la fièvre hectique, une suppuration interminable et la mort. Souvent les malades étaient emportés plus vite encore par une forme de septicémie aiguë, érysipèle, pyohémie, gangrène foudroyante (Goullioud).

Ce sombre tableau n'était donc pas fait pour encourager le traitement chirurgical des ostéites du pubis et l'on conçoit facilement que la première méthode ait été résolument conservatrice. C'est celle de Bonnet : elle comprenait l'immobilisation, la compression, le chauffage et la cautérisation, elle donna, semble-t-il, de nombreux résultats satisfaisants.

Cependant la nature infectieuse des produits tuberculeux se découvrait en même temps que l'antisepsie prenait naissance. Malheureusement l'assimilation des ostéites tuberculeuses aux cancers poussa la chirurgie devenue plus hardie à des exérèses un peu inconsidérées. Pour des raisons anatomiques que tout le monde comprendra, l'ostéite du pubis n'eut pas trop à souffrir de ces excès opératoires que l'école allemande surtout avait mis en honneur. Ollier, réglant avec à propos toutes les variétés de résection

et leurs pansements post-opératoires, décrivit en particulier fort minutieusement celle de la symphyse pubienne qu'il pratiqua souvent avec succès. Les conseils du chirurgien lyonnais ainsi qu'une réaction inévitable, ramenèrent les opérateurs à une méthode plus conservatrice (1886), et les injections modificatrices depuis longtemps oubliées furent remises à la mode.

C'est en effet Bonnet qui s'en servit le premier en 1841, il fut suivi par Bérard (de Lyon) qui les employa sans grand succès, semble-t-il (1844). Luton, de Reims, en 1863 publie un traité sur les infections modificatrices, il se sert de teinture d'iode et de nitrate d'argent. Lannelongue en 1892 fait paraître une note sur les injections sclérosantes de chlorure de zinc. Depuis cette époque, la phénopuncture, le mélange d'éther iodoformé et d'huile créosotée, même le naphtol camphré ont été l'objet d'un véritable engouement que des succès, sans doute, ne sauraient scientifiquement justifier.

Cet exposé historique du traitement de la tuberlose osseuse en général, et de l'ostéite du pubis en particulier, n'est pas inutile, car il montre le chemin parcouru, les errements évités et les progrès réalisés, il fait espérer surtout que grâce à l'asepsie on peut mieux faire encore.

Quelles sont, en somme, les ressources dont nous disposons à l'heure actuelle pour traiter la tuberculose du pubis?

Ce sont l'immobilisation, les injections modificatrices et l'intervention sanglante.

Que dire du premier moyen ?

C'est le plus ancien en date, puisque je l'ai déjà dit, il remonte à l'époque où l'abstention chirurgicale était la règle, il a donné quelquefois de bons résultats. A l'heure actuelle son indication est des plus restreintes, il ne saurait s'appliquer qu'à ces rares ostéites, que l'on est appelé à soigner avant l'apparition de l'abcès froid. Dans ces cas l'appareil plâtré, la gouttière de Bonnet ou simplement le lit dur et horizontal, s'associeront heureusement aux applications d'iode, aux pointes de feu, à la compression et au traitement général. J'ai assez longuement insisté sur l'extrême difficulté de diagnostic des ostéites du pubis à cette période de leur évolution, pour que l'annonce de leur guérison par le mode de traitement simple que je viens d'énoncer ne fasse pas naître le sourire du sceptique.

Au contraire, l'immobilisation s'impose, toutes les fois que les injections modificatrices, ou l'intervention sanglante entrent en jeu, elle sera un auxiliaire précieux sans lequel la réparation osseuse pourrait être compromise.

La présence de l'abcès froid appelle, pour quelques auteurs, la nécessité des ponctions et des injections modificatrices.

Le traitement de l'ostéite du pubis, se basant sur cette notion fondamentale que la lésion donne naissance à des séquestres et que tant que ceux-ci ne

sont pas éliminés la suppuration persiste, il ne saurait y avoir de doute sur l'inefficacité des ponctions et des injections modificatrices contre une telle lésion osseuse.

Lorsque la cause prédominante des désordres est plutôt la poche de la collection que le foyer osseux nécrosé qui lui a donné naissance, dans ces énormes abcès, par exemple, qui ont, pour ainsi dire, cessé de dépendre de la lésion pubienne pour prendre une existence propre, la ponction avec l'injection médicamenteuse agissant sur la paroi, en modifiera, peut-être heureusement, l'évolution.

Elle sera d'une réelle efficacité dans le traitement des fistules nombreuses et profondes, qu'on est obligé d'abandonner à elle-même ; en tout cas cette désinfection n'est à tenter que quand la lésion primitive, la lésion osseuse a été détruite. L'eau oxygénée et l'éther iodoformé qui diffusent me semblent pour cet usage particulièrement indiqué. Beaucoup de chirurgiens emploient actuellement la pâte de Beck.

Voilà la conduite logique à tenir. J'ai lu quelque part que certains chirurgiens prônaient la ponction et l'injection modificatrice chez l'enfant comme le meilleur traitement, par ce seul argument que le petit malade souille presque fatalement son pansement et sa plaie opératoire. Ce serait un raisonnement spécieux, si l'on ignorait qu'à cet âge certaines ostéites du pubis sans séquestre évoluent spontanément vers la guérison.

J'arrive à l'intervention sanglante.

Son principal objectif est le foyer osseux, il faut le trouver absolument. Mais le pubis est difficilement abordable et voici pourquoi :

Lorsqu'on a enlevé la peau de la région pubienne, le tissu cellulaire sous-cutané et le ligament suspenseur de la verge ou du clitoris on a sous les yeux un plan aponévrotique formé par les fibres tendineuses entre-croisées d'un certain nombre de muscles appartenant à l'abdomen et à la cuisse et prenant insertion sur la symphyse pubienne.

Ce plan fibro-aponévrotique qui représente la couche musculaire de cette région et qui se trouve confondu par sa face profonde avec le périoste, est très épais, 8 à 10 millimètres environ (d'après Farabeuf). Il est constitué par des fibres qui viennent des grands obliques, des droits et des moyens adducteurs, ces derniers s'entre-croisent sur la ligne médiane en formant une arcade à concavité inférieure ; enfin, dans la moitié supérieure de ce plan fibreux et dans son épaisseur, on trouve les tendons inférieurs des pyramidaux et des muscles droits de l'abdomen qui viennent en s'entre-croisant également s'insérer au-devant de la symphyse.

Ce sont les muscles droits qui réalisent la disposition la plus complexe : en effet, le tendon inférieur du droit antérieur de l'abdomen se divise en deux faisceaux, l'externe et l'interne. Le faisceau externe se divise lui-même en deux sortes de fibres : les fibres profondes qui s'insèrent sur la face antérieure

du pubis et les fibres superficielles qui se continuent avec celles du moyen adducteur du même côté. Le faisceau interne s'entre-croise sur la ligne médiane avec un faisceau similaire venu du droit opposé pour aller se continuer avec le moyen adducteur homonyme.

Pour aborder la lésion osseuse, il faudra donc ruginer par en dehors les insertions du moyen adducteur, et du faisceau externe du droit antérieur, on aura ainsi décollé un ruban musculo-tendineux que l'on pourra écarter du côté opposé à la lésion. La même manœuvre est nécessaire soit que celle-ci siège à la face antérieure ou à la face postérieure du pubis.

Quand on a sous les yeux les dispositions anatomiques que je viens brièvement de décrire, on saisit clairement le mécanisme de la migration des abcès extra-pelviens, quand on touche à cet épais rideau musculo-tendineux, de trame si serrée, on s'explique également les explorations infructueuses du stylet à la recherche de la lésion osseuse.

Le cordon forme, lui aussi, un obstacle opératoire, mais de moindre importance : il rétrécit par sa direction le champ de cette région, assez restreint déjà ; il est, je crois, de bonne technique non seulement de le récliner fortement, mais même de sortir auparavant le testicule des bourses, cette manœuvre permettra un plus grand jour.

La lésion osseuse, bien en vue, sera évidée, c'est le meilleur traitement (Sédillot) à la curette tran-

chante ou à la gouge (celle de Legouest est pour cet usage particulièrement commode) : on badigeonne ensuite la cavité au chlorure de zinc, à la teinture d'iode ; si la nécrose est étendue on fait une résection de la partie malade ; l'intervention la plus dangereuse est l'interventionin suffisante ; enfin, on excise le trajet fistuleux et l'orifice cutané s'ils existent et toutes les fois que c'est possible.

Jusqu'ici le drainage avait prévalu, et quelques chirurgiens n'hésitaient même pas, dans ce but, à pratiquer des ouvertures et des contre-ouvertures suivant un rite consacré ; cette conduite fort légitime à l'époque d'Ollier par exemple, où la suppuration était la règle, ne me semble plus de mise. L'asepsie a complètement changé les conditions opératoires et si ses principes ont été strictement observés par les aides, par l'opérateur dans la préparation du champ et dans les différentes manœuvres de l'intervention, le drainage peut être évité, j'ajouterai même qu'il doit être évité, car le pus tuberculeux n'est pas à craindre, ce sont les infections secondaires qui sont le véritable danger.

Vignard et Armand (de Lyon) viennent de faire paraître dans les numéros d'octobre et novembre 1910 de la *Revue de Chirurgie*, un long article sur les progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires ; ils expriment à cet égard des observations fort judicieuses, et j'ai pu constater que le malade de M. Hallopeau avait subi une intervention en tous points conforme à

celle qu'ils préconisent, il n'y a de différence que dans le choix du mastic destiné à combler la cavité osseuse.

La suppression du drainage ne pouvait, en effet, s'effectuer d'une façon satisfaisante sans que l'on songeât à obturer les brèches osseuses et les décollements qui en étaient une des principales indications. MM. Broca et Nové-Josserand, au Congrès de Chirurgie de 1908, ont fait la critique des différentes substances employées à cet effet, leur numération serait oiseuse.

Le malade de mon observation I, après un assèchement aussi complet que possible de la cavité osseuse, avait reçu dans son pubis une certaine quantité de pâte de Beck qui est, on le sait, une pâte de sous-nitrate de bismuth : il a présenté des phénomènes d'intoxication grave qui ne semblent pas étrangers à sa mort. Les dangers des sels de bismuth ont été signalés depuis longtemps. Brun, dans sa thèse d'agrégation, Dalché et Villejean dans les *Archives de Médecine* en ont longuement parlé. Doit-on pour cela abandonner la pâte de Beck qui a de très nombreux et beaux succès à son actif ? Je ne le crois pas, et je pense que les lésions viscérales graves de ce malade ont la part prépondérante dans son issue fatale. Vignard et Armand emploient la pâte de Mosetig, c'est une pâte iodoformée, ils s'en déclarent satisfaits et ne citent pas de cas d'intoxication, bien que l'iodoforme ne soit pas également toléré par tous les malades.

En attendant le mastic idéal, on ne doit pas faire perdre à ceux-ci le bénéfice immense que l'obturation des cavités osseuses leur fait réaliser : suppression des suppurations interminables et de danger d'infection, abrègement du séjour hospitalier qui leur est si peu favorable.

Lorsque les lésions pubiennes ont été grattées, nettoyées, désinfectées et soigneusement asséchées (ce temps est un des plus délicats) on l'obture donc avec de la pâte de Beck ou de la pâte de Mosetig ; si l'un des testicules a été sorti des bourses, on l'y replace et on l'y maintient par deux points de catgut qui rétrécissent le passage du cordon, suivant le procédé de Delbet. La suture de la peau sera complète.

Un mot du traitement général qui n'est qu'un adjuvant du traitement local sur lequel il ne peut prévaloir.

Il se compose du traitement climatérique et du traitement alimentaire. On enverra donc, suivant le cas, le malade à la mer ou à la montagne ; M. Sergent vient de publier dans la *Presse médicale* les beaux résultats que la récalcification lui a donnés pendant six années de sa pratique hospitalière, je n'hésite pas à préconiser le traitement de Ferrier comme un auxiliaire précieux dans la tuberculose osseuse.

ONCLUSIONS

L'ostéite tuberculeuse du pubis est rare à tous les âges, elle est exceptionnelle dans la première enfance.

Elle est d'un diagnostic presque impossible avant l'abcès, souvent difficile après l'apparition de celui-ci.

C'est une affection sérieuse, dont le pronostic s'aggrave par la topographie, l'étendue des lésions, ainsi que par l'état général du sujet.

Son traitement est chirurgical : sous le couvert de la plus minutieuse asepsie, il doit s'adresser à la lésion osseuse qui est la cause des abcès et des fistules. La réunion par première intention doit être tentée toutes les fois qu'elle est possible.

Vu : le Président de la thèse,
DELBET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Barié. — *Revue de Médecine*, 1895-1896.

Bouilly. — Thèse d'Agrégation, 1880.

Broca et Nové-Josserand. — Congrès de Chirurgie, 1908.

Brun. — Thèse d'Agrégation.

Busch. — *Medical Zeitung de Breslau*, 1857.

Chassaignac. — *Traité de la Suppuration et du Drainage chirurgical*, 1857.

Cooper. — *Dictionnaire pratique de Médecine et de Chirurgie* (Bassine).

— Essays, 1832.

Dalché et Villejean. — *Archives générales de Médecine (Recherches sur la toxicité du bismuth).*

Delens. — *De la Sacro-Coxalgie*. Thèse d'Agrégation, 1872.

De Riouville. — *Montpellier médical*, 1900.

Dhéry. — *La Tuberculose du pubis chez l'enfant*. Thèse, 1906.

Dollinger. — *Centralblætt für Chirurgie*, n° 23, 1892.

Dubar. — *Anatomie pathologique des Ostéites*, 1883.

Duplay et Reclus. — *Traité de Chirurgie.*

Farabeuf. — *Précis de Médecine opératoire.*

Fevrier. — *Archives de Médecine militaire*, 1895.

Gangolphe. — *Maladies infectieuses et parasitaires des Os*, 1894.

Glenn. — *The Lancet.*

Goullioud. — Thèse de Lyon, 1883.

Grant, — *The Lancet*, 1859.

Guéneau de Mussy. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1839.

Harajervicz. — *Wiener Medical Blætte*, 1891.

Hertz. — *Deutch Zeitschrift für Chirurgie*, 1902.

KIRMISSON. — *Journal des Praticiens*, 1908.
LABEYRIE. — Thèse de Paris, 1901.
LANNELONGUE. — *Traité des Abcès froids et Tuberculose osseuse*, 1881.
— *De la Coxo-Tuberculose*, 1886.
LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
LEUDET. — *Études de Pathologie et de Clinique médicale*, 1891.
MAUCLAIRE. — *Les Différentes Formes d'ostéo-arthrite tuberculeuses*. Thèse. 1893.
MAYER. — *Deutch Klinick*, 1856.
MÉNARD. — Congrès de Chirurgie, 1902.
MORET. — Thèse de Paris, 1900.
MOTY.— *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1900.
NÉLATON. — *Recherches sur l'affection tuberculeuse des Os*. Thèse, 1836.
OLLIER. — *Traité des Résections*, 1867.
PHŒNOMENOW. — *Revue de Hayem*, 1883.
PICQUÉ. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1898.
POZZI. — Thèse, 1873.
ROBERT. — Thèse de Bordeaux, 1903.
RUDAUX. — Thèse de Paris, 1897.
SERGENT. — *Presse médicale*, novembre 1910.
SOPHRONIEFF. — Thèse de Montpellier, 1896.
TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*.
VEYRUNE. — Thèse de Montpellier, 1902.
VIGNARD et ARMAND. — *Revue de Chirurgie*, octobre-novembre, 1910.
WISARD. — Thèse de Genève, 1886.
ZWICKE. — *Charite Annalen*, 1882.

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE ET Cie, 15, rue Racine, Paris.